

**NOTIFICACION DE ACCION PROPUESTA**  
 DS 1803 (Revisado 12/99)

|       |
|-------|
| Fecha |
|-------|

|   |  |
|---|--|
| Nombre del que solicita o recibe el servicio                  | ¿Participa en el programa federal de desistimiento de servicios de Medicaid en el hogar o en la comunidad?(Marque uno) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dirección   | Teléfono   |
| Nombre del representante autorizado                           |  |
| Dirección   | Teléfono   |
| Nombre del Centro Regional o Centro de Desarrollo del Estado: |  |

\_\_\_\_\_ le notifica por medio de la presente que se propone a tomar  
 (Centro Regional o Centro de Desarrollo del Estado)  
 la siguiente acción, misma que le puede efectar sus servicios:

Acción propuesta:

Motivo de la acción:

Fecha de vigencia:

Autoridad para la acción (ley, reglamentación y/o norma que apoya(n) la acción):

**DERECHO A APELAR**

! Puede presentar una apelación ante el Departamento de Servicios de Desarrollo utilizando el formulario adjunto de Solicitud de Audiencia Equitativa. Si es necesario, el centro regional o centro de desarrollo del Estado lo pueden ayudar a llenar el formulario. Presente el formulario de Solicitud de Audiencia Equitativa debidamente llenado a:

! Puede obtener asistencia de defensa para su apelación en las siguientes organizaciones:

- Defensor local de derechos de los clientes:
- Junta de Zona local:
- Protection and Advocacy, Inc.:
- Otra:

! **SUS SERVICIOS CONTINUARAN DURANTE EL PROCESO DE LA APELACION SI SU SOLICITUD DE AUDIENCIA EQUITATIVA TIENE UN MATASELLOS FECHADO O ES RECIBIDA POR EL CENTRO REGIONAL O CENTRO REGIONAL O CENTRO DE DESARROLLO DEL ESTADO, EL QUE LO RECIBA PRIMERO, DENTRO DE 10 DIAS DE LA FECHA EN QUE USTED RECIBIO ESTE AVISO.**

! **El folleto adjunto, titulado “Proceso de Audiencia Equitativa para los Consumidores de 3 Años de Edad o Mayores”, explica sus derechos de apelar y provee información sobre el proceso de audiencias equitativas.**